

ANEXO V
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL
Y
SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO
PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO
ESCOLAR.

Sr./Sra. _____

con NIF: _____, con domicilio a los efectos de notificación en

localidad _____ CP _____ provincia _____

teléfonos _____ / _____ / _____

correo electrónico _____

padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna

_____ del curso _____ grupo _____

del centro educativo _____

de la localidad de _____

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.

colegiado/colegiada núm. _____ de todos los aspectos relativos a
la administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da
su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no
sanitario, y

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los medios necesarios para administrar la medicación / la atención específica, según la prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan. Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona responsable de la dirección del centro docente.

FIRMA Y FECHA